

Contribution à l'Etude des Fistules Utero Parietales consécutives à une Opération Césarienne

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 4 Décembre 1952

par

EDMOND RIBUOT

né le 12 Mai 1926 à Ollioules (Var)

Elève de l'Ecole de Santé Militaire de Lyon

Diplôme de Médecine Infantile

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse :

MM. MOIROUD, Président - CHOSSON - LAMY - SERMENT

F. ROBERT et Fils
Imprimeurs
24, Rue Moustier
MARSEILLE

1952

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

Contribution à l'Etude des Fistules Utero Parietales consécutives à une Opération Césarienne

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 4 Décembre 1952

par

EDMOND RIBUOT

né le 12 Mai 1926 à Ollioules (Var)

Elève de l'Ecole de Santé Militaire de Lyon

Diplôme de Médecine Infantile

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse :

MM. MOIROUD, Président - CHOSSON - LAMY - SERMENT

F. ROBERT et Fils
Imprimeurs
24, Rue Moustier
MARSEILLE

1952



**Contribution à l'Etude
des Fistules Utero Parietales
consécutives
à une Opération Césarienne**

PERSONNEL ENSEIGNANT

de la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Doyen : G. MORIN

Assesseur : N...

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires :

MM. GAUJOUX, AUBARET, AUDIBER, JOYEUX, OLMER, ROCHE,
GABIEL, HECKENROTH, BELTRAMI, BRÉMOND.

Chargé de Cours Honoraires : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mlle PERRIN

Professeurs

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique et Carcinologie Clinique	N...
Bactériologie et Pathologie Générale	N...
Chimie Analytique et Hydrologie	N...
Chimie Médicale	DERRIEN
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie Expérimentale	SALMON
Clinique Dermato-Syphiligraphique	DE VERNEJOUL
Clinique Exotique	CHARPY
Clinique des Maladies Nerveuses	BLANC
Clinique Médicale	POURSINES
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale Thérapeutique	POINSO
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	OLMER
Clinique Médicale Infantile	MONGES
Clinique Neuro-Chirurgicale	GIRAUD
Clinique Obstétricale et Gynécologie	PAILLAS
Clinique Ophthalmologie	N...
Clinique Urologique	JAYLE
Histoire Naturelle	CHAUVIN
	BALANSARD
	ROMIEU
Hygiène et Médecine Préventive	VIOLLE
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIÉRI
Professeur sans chaire	ARNOUX

Agrégés libres

MM. BERTHIER
AUDIER
BRAHIC
CHOSSON

MM. DOR
FIGURELLA
IMBERT
RECHERCHER

Agrégés en exercice

MM. BERNARD
GRANJON

HENRY
JOUVE
LAMY
LAVAL

MM. LENA
MONGES Henri
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
VAGUE

Maîtres de Conférence Agrégés

MM. DONNET
DUMAZERT
GASTAUD
MOURGUE

MM. PELLISSIER
PICARD
RANQUE
ROUX

Chargés des fonctions d'Agrégés

Clinique Oto-Rhino-Laryngologique : M. CARREGA.
Pharmacodynamie et Matière Générale : M. J. MERICIER.

A mes Grands-Parents.

A mon Père et à ma Mère.

Ils m'ont toujours donné l'exemple du travail et de l'honnêteté.

Je leur dédie cette Thèse, sincère témoignage de profonde reconnaissance et de grande affection.

A Mireille et à Sylvaine.

Très affectueusement.

A ma Fiancée.

A tous ceux qui me sont chers.

A la mémoire
du
Médecin - Colonel Robert MILLO
Ancien Directeur de l'Ecole de Santé Militaire de Lyon
Témoignage de reconnaissance, de
respect et d'affection.

A Monsieur le Professeur MOIROUD.

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous fait en présidant notre Thèse.

A Monsieur le Professeur CHOSSON.

Qui nous a suggéré le sujet de cette Thèse.
Nous le remercions de sa bienveillance
et de tout ce qu'il nous a enseigné de
médical et d'humain.

A Monsieur le Professeur Agrégé LAMY.

Avec l'assurance de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé SERMENT.

Respectueusement.

A Monsieur le Docteur J. GOMBERT et à Madame.

En les remerciant de leurs conseils et
de tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A mes Maîtres des Facultés de Médecine de Marseille et de Lyon.

A mes Maîtres des Hôpitaux Civils et Militaires.

A Tous Ceux qui au cours de ces études m'ont apporté le réconfort de leur sympathie et de leur amitié.

INTRODUCTION

On désigne, sous le nom de fistule utéro-pariétale, consécutive à une opération césarienne, la formation d'un trajet mettant en relation directe l'utérus avec la paroi abdominale et susceptible de livrer passage à du sang au cours des menstrues.

Ces fistules entrent dans le groupe des fistules menstruelles.

Maliphant en 1937 a donné le nom de fistule menstruelle aux fistules communiquant avec la muqueuse utéro-tubaire, écartant ainsi les fistules dues au développement de tumeurs appelées « endométriomes » qui, selon Nickolson, sont des « utérus accessoires en constitution aussi bien qu'en fonction ».

Maliphant divise ensuite les fistules menstruelles en deux groupes distincts :

Les fistules indirectes,

ou fistules utéro-pariétales qui sont la conséquence d'une intervention sur les annexes ;

Les fistules directes,

ou fistules utéro-pariétales qui sont la conséquence d'une intervention sur l'utérus.

Nuville, dans sa thèse inaugurale, a divisé les fistules utéro-pariétales en deux catégories :

Les fistules utéro-pariétales idiopathiques,

ayant à l'origine un processus pathologique spécial et pour condition indispensable l'occlusion du col utérin ;

Les fistules utéro-pariétales post-opératoires,

de beaucoup les plus fréquentes, ayant à l'origine une intervention sur l'utérus, opération

césarienne conservatrice dans la majorité des cas.

Les publications relatives à ces fistules sont peu nombreuses.

Nuville en 1911 et Hureau en 1919, consacrant leur thèse sur ce sujet, en ont relevé dix-neuf cas.

Ballin en 1928 a pu rassembler trente-quatre observations.

Albano en 1930 en publie un cas et évalue la fréquence de ces fistules menstruelles à 0,44 pour mille opérations césariennes.

Cochard en 1933 cite treize cas nouveaux.

Pavelesco et Soimaru, de Bucarest, en publient une observation en 1936.

Poiteau et Houlné en publient également deux cas en 1945.

Cattel B.B. et E.F. Sewall, un cas en 1945.

Lahitte en 1945 en rattache une observation.

Notre maître, M. le Professeur Vayssières, en décrit une observation en 1951. La même année Vermelin, de Nancy, en publie un cas.

M. le Professeur Agrégé Chosson, qui nous a inspiré cette thèse, a bien voulu nous en confier une observation inédite.

ETIOLOGIE

Circonstances d'apparition.

Dans la formation des fistules utéro-pariétales, il y a toujours trois facteurs qui interviennent :

Le type de la césarienne.

Le matériel de suture.

L'infection associée.

Dans toutes les observations que nous avons pu rassembler, la césarienne haute, césarienne corporéale, était en cause à l'exception des deux cas publiés par MM. Poiteau et Houlné.

Le matériel de suture était constitué dans la majorité des cas par des fils non résorbables : fil de soie ou de lin. Ce n'est que très rarement que l'on a pu observer des fistules utéro-pariétales avec un matériel de suture résorbable, catgut en particulier.

L'infection est le facteur qui est le plus constant.

— Soit infection due à la septicité du matériel de suture.

— Soit infection primaire ou secondaire de l'utérus.

Ces fistules utéro-pariétales s'observent à la suite de la première opération césarienne effectuée chez une femme. Mais il est fréquent de constater l'apparition de telles fistules au cours des césariennes ultérieures.

Telle l'observation publiée par Johanoswky, au sujet d'une jeune femme ayant présenté une fistule utéro-pariétale 7 mois après une césarienne corporéale, et qui, 5 ans plus tard, au cours d'une deuxième grossesse nécessitant une deuxième césarienne, présenta une nouvelle fistule totalement indépendante de la première.

De même Abel dans la thèse de Van Leuwen, relate

l'histoire d'une malade, qui ayant subi une opération césarienne, présenta un an après une fistule utéro-pariétale qui guérit quand tous les fils de soie furent éliminés. Mais 3 ans plus tard, deuxième grossesse, deuxième césarienne et formation un an après d'un trajet fistuleux, qui guérit aussi spontanément après l'élimination du matériel de suture.

Par contre, il est plus rare d'observer la formation de telles fistules après une césarienne itérative, ce qu'ont pourtant observé Schroeder et Abel (observation 4 et 5).

Délai d'apparition.

Quand une femme a subi une opération, on ne peut fixer exactement à quel moment elle sera susceptible de voir apparaître une fistule utéro-pariétale.

En effet, certaines fistules sont d'apparition immédiate, une semaine après l'intervention ; d'autres, au contraire, apparaissent tardivement (observation 8) un an et même plus après l'intervention ; mais dans la majorité des cas, les fistules utéro-pariétales sont d'apparition précoce : de 15 jours à 2 mois après l'intervention.

Modes de production.

Pour certains auteurs, la formation de fistules utéro-pariétales seraient due à la désunion des lèvres de la cicatrice utérine et à la constitution, au niveau de cette cicatrice, d'adhérences allant à la paroi abdominale au milieu desquelles prend naissance le trajet fistuleux.

Ainsi Holland écrivait : « Chacun sait combien, pendant ce temps de suture de la plaie utérine, l'incision tend à s'ouvrir transversalement et combien les bords sont tirés au moment des contractions utérines. Si les contractions sont puissantes, de petites brèches, qui deviennent remplies de caillots sanguins, se font entre les sutures. Plusieurs cas ont été décrits dans lesquels il fut nécessaire de rouvrir l'abdomen, et qui montrèrent à l'autopsie la plaie largement ouverte. S'il arrive une infection de la plaie utérine, la guérison est compromise et une cicatrice imparfaite se forme.

Le danger de rupture de ces cicatrices si minces est grand dans une nouvelle grossesse. Même en cas de légère infection, la position de l'incision fait que des adhérences entre la cicatrice utérine et l'épiploon, l'intestin ou la paroi abdominale sont inévitables.

« De telles adhérences, si les anses intestinales sont intéressées, conduisent souvent à l'obstruction aigue ou chronique de l'intestin ou à la formation d'abcès et de fistules stercorales. Ensuite la perforation de la mince adhérence avec la cicatrice utérine peut conduire à la fistulisation, et les graves fistules cataméniales sont compliquées de petites fistules fécales ». (Ballin).

En fait, ce qui domine dans la production de fistule utéro-pariétale, c'est l'infection créant un abcès dont l'évolution chronique permet la fistulisation.

Cet abcès peut se former :

Soit au niveau de la cicatrice abdominale.

Soit au niveau du muscle utérin.

— Au niveau de la cicatrice abdominale :

Cela est rare, car la situation d'un tel abcès attire l'attention, inquiète les malades et les conduit à un traitement précoce. Et même si l'abcès non traité vient à se fistuliser, il peut tout aussi bien le faire à l'extérieur, dans le péritoine ou l'utérus.

— C'est au niveau du muscle utérin que l'abcès a son siège d'élection.

Il a pour origine l'infection du muscle utérin, infection entretenue par le matériel de suture.

— L'infection du muscle peut avoir lieu avant l'intervention :

a) femmes ayant été l'objet de touchers vaginaux répétés, et répétés dans de mauvaises conditions d'asepsie.

b) ou atteintes d'infection des voies vaginales, femmes présentant des endométrites, métrites ou vaginites ou abritant le gonocoque dans leurs voies vaginales.

— L'infection du muscle utérin peut avoir lieu au cours de l'intervention :

— soit par défaut d'asepsie.

— mauvaise aspiration du liquide amniotique, d'autant plus dangereux que les membranes ont été rompues longtemps avant l'intervention. Liquide amniotique contaminé qui viendra souiller les lèvres de la plaie utérine.

— soit complications opératoires : lésion d'une anse intestinale adhérente.

L'infection du muscle utérin peut avoir lieu après l'intervention :

— dans le cas de rétention de compresses de gaze mises pour pallier une hémorragie.

— dans l'emploi de drains.

— dans le cas de délivrance artificielle post-opératoire.

Comme l'avait déjà remarqué Hureau, l'infection utérine est contemporaine de l'accouchement. C'est ce que nous ont révélé toutes les observations de fistules utéro-pariétales.

Dans la majorité des cas, il s'agissait de femmes examinées plusieurs fois, trop examinées, et surtout mal examinées, entrant à l'hôpital « en désespoir de cause » . . et les membranes rompues !

Une opération césarienne entreprise dans de telles conditions va ouvrir une cavité dont l'asepsie est douteuse mais dont la septicité ne l'est pas ; elle va traumatiser le tissu utérin et incorporer dans ce tissu un matériel de suture non résorbable qui entretiendra l'infection.

Après l'opération, le muscle utérin va se contracter et exprimer du sang au niveau de la cicatrice. Ce sang exprimé sera en plus grande quantité s'il s'agit d'une multipare aux contractions utérines plus intenses, et l'on aura ainsi un excellent milieu de culture pour le développement des germes. Mais il y a plus : ces germes vont se localiser au niveau des fils de soie dont la structure même,

faite d'une multitude de petites loges, constitue de véritables nids à microbes, selon l'expression de Pozzi. Et on aura au niveau même de ces fils de soie infectés le point de départ pour des abcès secondaires.

L'abcès utérin ainsi formé va évoluer.

Rarement, il prendra un caractère aigu et s'ouvrira soit dans la cavité utérine, soit dans le péritoine.

Le plus souvent, l'abcès prend une évolution chronique, il s'enkyste, puis empruntant les adhérences créées entre le muscle utérin et la paroi abdominale, il s'ouvre à l'extérieur constituant ainsi la fistule utéro-pariétale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les fistules utéro-pariétales, on distingue :

- des fistules complètes,

mettant en relation intime l'utérus et la paroi abdominale, ayant donc un trajet et deux orifices.

- des fistules borgnes,

un trajet et un seul orifice.

- soit borgne externe, quand le trajet aboutit en cul de sac dans le muscle utérin.

- soit borgne interne, quand l'abcès chemine, puis s'ouvre dans la cavité utérine.

Il y a donc lieu d'étudier : le trajet et les deux orifices.

L'orifice externe :

- Il siège au niveau de la cicatrice abdominale, le plus souvent au niveau de l'extrémité inférieure de cette cicatrice.

- Il peut être cutané ou musculo-cutané.

- Saillant le plus souvent.

- De la taille d'une tête d'épingle.

- Unique dans la majorité des cas, bien que l'on puisse observer quelquefois plusieurs orifices externes dus à l'évolution successive de plusieurs abcès en rétention.

Le trajet :

Après une opération césarienne et en particulier après la césarienne corporéale, prennent naissance des adhérences qui vont unir l'utérus à la paroi abdominale. Ces adhérences ont été comparées à un éventail, dont le bord large est la cicatrice cutanée et le pied la cicatrice utérine.

C'est au milieu de ces adhérences qu'on isole le trajet fistuleux.

Ce trajet le plus souvent est unique, mais quand il y a eu formation d'abcès secondaires, il existe sur un tronc principal des ramifications secondaires venant parfois s'ouvrir à l'extérieur.

Ce trajet est un tractus arrondi, homogène, du volume d'une plume d'oie à celui d'un index.

Quand la fistule est récente, la lumière de ce tractus est bordée par un tissu de granulation composé de fibrine et d'éléments inflammatoires à type lymphoïde et plasmocytaire.

La fistule vieillissant, l'élément inflammatoire disparaît et fait place à une réaction scléreuse, processus cicatriciel expliquant le peu de tendance à la fermeture spontanée de la fistule.

L'orifice interne :

Il siège au niveau de la suture du muscle utérin.

Comme le fait remarquer Hureau, il y a formation d'un petit cratère dans le muscle (fistule borgne externe) pouvant s'ouvrir dans la cavité utérine (fistule complète).

Les éléments de la paroi musculaire sont dissociés par un processus d'infiltration leucocytaire.

Le tissu musculaire parfois disparaît au niveau de la cicatrice et est remplacé par un tissu fibreux, ainsi isolé en plein muscle. Ce tissu fibreux n'ayant pas les propriétés du muscle utérin sera cause de complications au cours de grossesses ultérieures.

OBSERVATION DE M. LE P^r VAYSSIÈRE

N° 29 du tableau synoptique

Vayssière, Serment, Deturmeny. « Cas de fistule utéro-pariétale après césarienne ».

Bulletin Société Française de Gynécologie et d'Obstétrique N° 2 1951.

Madame D..., âgée de 31 ans, entre salle Rouffio en janvier 1951 pour cure radicale d'une fistule datant d'avril 1950, complication d'une césarienne faite hors Marseille, césarienne vraisemblablement corporéale faite au septième mois de la première grossesse pour hémorragies.

L'histoire rappelle le tableau d'une intoxication gravidique et il paraît s'agir d'une intervention soit pour décollement prématuré ou insertion basse du placenta.

De toute façon la malade peut préciser nettement les suites opératoires qui sont très importantes.

Au troisième jour, apparition d'hémorragies persistant pendant trois jours et cédant spontanément au moment où on allait pratiquer une transfusion.

Au bout de quinze jours apparition de pertes jaunâtres et fétides en grande abondance alors que la plaie cicatrise mal.

Au vingt-cinquième jour on enlève un tampon intra-utérin, oublié d'une grande gaze, soit au cours de la césarienne, soit tamponnement au cours de l'hémorragie du début des suites opératoires.

Trois jours après formation d'une fistule cutanée par où s'écoulent, les premiers jours, de manière permanente, du pus et du sang.



A l'instauration de la menstruation la fistule presque tarie ne laissant sourdre qu'un peu de la sérosité, livre passage à un suintement hématique signant la communication avec l'utérus.

Trois mois après l'intervention, la fistule est traitée par des implantations locales de placenta frais.

Mentionnons que le 10 janvier, la veille de son entrée dans le service, la malade signale l'évacuation spontanée par le trajet fistuleux d'une grosse soie.

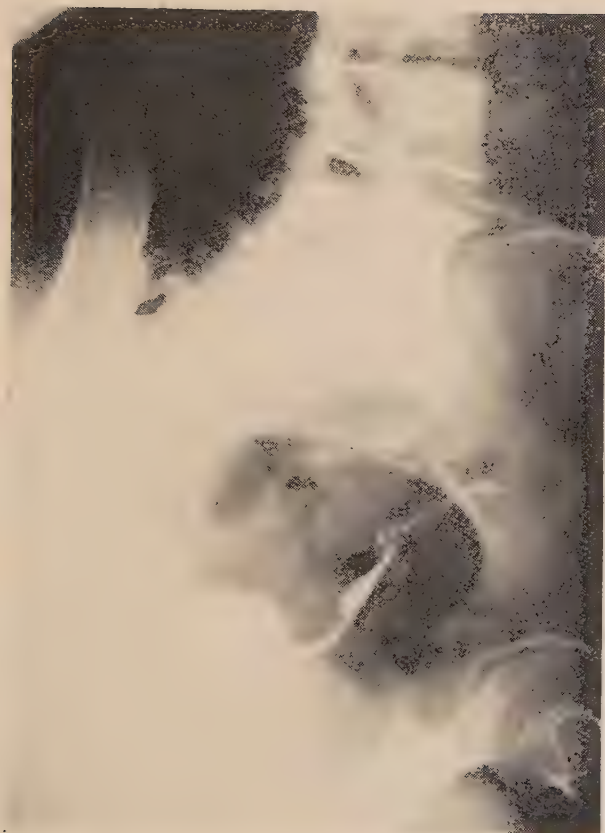
A l'examen, lors de l'entrée dans le service, on constate au niveau de la paroi abdominale une longue cicatrice de laparotomie médiane sus et sous-ombilicale avec éventration importante.

A 4 cm. au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, orifice cutané de la fistule par léger cratère par où sourd un liquide séro-purulent et parfois hémorragique. Le trajet fistuleux admet à peine une sonde cannelée et semble assez direct.

Au toucher vaginal l'utérus paraît de volume normal mais remonté et fixé à la paroi abdominale au niveau de la fistule.

Pour explorer le trajet fistuleux et son point d'implantation au niveau de l'utérus, on fait des radiographies de face et de profil après hystérographie au diodone et injection au lipiodol fluide par le trajet fistuleux.

Ces examens montrent un trajet assez direct s'implantant au niveau du fond utérin. Les examens de laboratoire étant normaux, une intervention chirurgicale est pratiquée. Le 16 janvier 1951 anesthésie générale en circuit fermé (penthoral, éther, oxygène). Libération paritale de la fistule et excision de la cicatrice cutanée. Le trajet intra-abdominal de la fistule constitué par un bloc libreux de la grosseur de l'index et de 2 cm. de long présente des adhérences avec le grand épiploon, adhérences que l'on libère facilement. Il s'implante sur la paroi intérieure de l'utérus à sa partie toute supérieure près du fond.



Excision en cratère de la base d'implantation utérine qui semble enlever tout le tissu scléreux. Capitonage de la plaie utérine au fil de nylon par des points en X, pénicilline locale, péritonisation satisfaisante.

Cure de l'éventration : plan total pariétal au fil de nylon tressé n° 4, capitonage du tissu cellulaire sous-cutané avant fermeture de la peau.

Dans le bloc fibreux qui constitue la pièce opératoire au niveau du tissu utérin on trouve six nœuds de forte soie réunis en bouquets : rétraction de la cicatrice d'hystérectomie.

L'examen histologique pratiqué par le D^r PAYAN au Laboratoire central des cliniques montre une inflammation subaiguë avec réaction plasmodiale caractéristique des lésions développées au contact d'un corps étranger.

Les suites opératoires sont excellentes. A l'heure actuelle une cicatrisation parfaite semble obtenue.

Le 19 novembre 1952 :

Cette malade revient dans le service pour la cure d'une éventration.

Incision médiane sous-ombilicale et Pfannenstil.

On prélève un fragment de peau que l'on dégraisse et sur lequel on enlève l'épiderme.

— Ouverture du péritoine.

— Ablation des annexes gauches pour ovaire kystique.

Sur la face antérieure de l'utérus, au niveau de l'ancien orifice interne de la fistule, se trouve accolée une anse intestinale faisant intimement corps avec la cicatrice utérine.

Pour libérer cette anse, on forme au bistouri un petit cratère dans le muscle utérin.

— Péritonisation avec les ligaments ronds.

— Ligature de la trompe droite.

— Fermeture du péritoine.

— Fermeture de l'aponévrose en prenant un lambeau à droite que l'on rabat sur la gauche.

- Fermeture de la brèche aponévrotique avec le greffon de derme.
- Fermeture de la peau sans drainage.

La stérilisation de cette malade par ligature de la trompe droite nous permet de soulever le problème de la stérilisation systématique au cours du traitement curatif des fistules utéro-pariétales.

En effet, comme le montre cette observation, il y a lieu de craindre dans ce cas de graves complications au cours d'une grossesse ultérieure.

OBSERVATION INÉDITE
DE M. LE PROFESSEUR AGREGÉ CHOSSON
N° 31 du tableau synoptique

Mme X... Opération césarienne en 1928 pour bassin rachitique.

Enfant vivant, décédé neuf mois plus tard de cause inconnue.

On ne peut davantage savoir la nature de l'intervention et les conditions dans lesquelles s'est effectuée cette opération.

Il s'agissait probablement d'une césarienne haute.

Depuis l'intervention la malade a présenté un écoulement de sang sur son abdomen, au niveau de la cicatrice de laparotomie, et cet écoulement coïncidait avec l'écoulement menstruel.

En 1930, deux ans plus tard, cette malade est vue pour un état d'occlusion aiguë avec ventre distendu, tympanique, température à 40° et pouls à 140.

Intervention. — Laparotomie en contournant l'orifice cutané par où sourd l'écoulement hématique.

On trouve une anse grêle sphacélée et perforée, engagée entre la paroi en avant et le trajet utéro-pariétal au-dessus.

Ce trajet est constitué par un cordon fibreux organisé de 1 cm. 1/2 environ.

Traitement. — En raison de l'état général de la malade (occlusion et péritonite), la résection du trajet fistuleux est impossible.

On fait seulement une dérivation utérine en avant de l'occlusion entéro-anastomose iléo-transverse, drain, mèche au Douglas.

Décès brusque, un mois plus tard, d'origine probablement embolique.

SYMPTOMATOLOGIE

Il y a lieu de distinguer dans l'étude clinique des fistules utéro-pariétales 3 stades coïncidant avec les phases d'évolution successives de ces fistules.

Stade de début.

Correspondant aux suites opératoires, les signes cliniques sont négatifs si ce n'est une légère fébricule pouvant atteindre 39°5 le soir dès le huitième jour.

Stade d'abcès.

Le début d'apparition de l'abcès est variable, précoce ou tardif, précédé d'une élévation thermique.

Une petite masse arrondie se forme au niveau de la cicatrice de laparotomie s'accompagnant des signes locaux de l'inflammation. Cette masse se transforme en une collection purulente qui évacue son pus à l'extérieur, puis se ferme rapidement. Quelques jours plus tard apparaît au même endroit un autre abcès superficiel vidant lui aussi son contenu à l'extérieur, mais qui aura peu tendance à cicatriser.

Stade de fistule.

Dans la majorité des cas, c'est précocement qu'apparaissent les signes cliniques de la fistule constituée. Le seul signe pathognomique, c'est l'écoulement hémorragique au niveau de l'abdomen survenant au cours des menstrues.

C'est à ce stade que les malades inquiètes viennent consulter. Elles racontent que l'abcès qui n'avait pas cicatrisé a présenté depuis quelque temps un écoulement séro-purulent tachant le linge et cet écoulement est devenu sanglant au moment des règles. Parfois, les

malades signalent l'évacuation de grô's caillots ou l'élimination d'un fil de soie.

Eles se plaignent en même temps de douleurs pelviennes et lombaires non soulagées par le repos même au lit. L'examen clinique révèle au niveau de la cicatrice de laparotomie l'orifice cutané de la fistule, léger cratère par où s'écoule un liquide séro-purulent et qui admet l'introduction d'un stylet fin.

Le toucher vaginal permet de préciser que l'utérus est en anteflexion fixé à la paroi abdominale au niveau de la fistule.

EVOLUTION - PRONOSTIC

Les fistules utéro-pariétales ont une évolution le plus souvent très longue, mais cette évolution est en général de pronostic bénin.

La longueur de cette évolution, le peu de chance à la guérison spontanée en dehors d'une grossesse s'explique par les données étiologiques. En effet, l'abcès dont l'origine est liée à l'infection du matériel de suture ne pourra guérir que lorsque le matériel non résorbable sera éliminé. Cela sera d'autant plus long que ces fils sont plus nombreux et plus enkystés.

La fistule liée à la vie génitale de la malade sera entretenue par un écoulement séro-purulent et périodiquement hémorragique.

La longue évolution de l'abcès, l'écoulement permanent, donnent ainsi à ces fistules un caractère chronique.

La guérison spontanée a néanmoins été observée dans quelques rares observations.

Si le pronostic est en général bénin, des accidents peuvent s'observer et survenir en dehors d'une grossesse.

Comme le signalent certains auteurs, c'est la très rare possibilité d'une dégénérence cancéreuse des parois de la fistule.

Mais la plupart des rares accidents sont liés à l'infection.

On peut ainsi observer :

- des péritonites, soit par ouverture spontanée d'un abcès dans la cavité péritonéale, soit par rupture du trajet fistuleux au cours d'une exploration instrumentale à l'aide d'un stylet ou d'une sonde cannelée.

- des abcès métastatiques dus à l'ouverture d'un vaisseau.
- des thrombo-phlébites des veines utérines, tel le cas de Léopold.

Comme le fait remarquer Cochard : « La rareté des complications septiques s'explique par le fait qu'il se crée des adhérences autour du trajet fistuleux ainsi isolé de la cavité péritonéale. Ces adhérences amenant une antéflexion de l'utérus et des coudures de la trompe peuvent être une cause de stérilité ».

Un accident mécanique a été observé par M. le Professeur Chosson sous la forme d'occlusion aigue.

Influences des fistules utéro-pariétales sur les grossesses ultérieures.

De la majorité des observations rassemblées, il apparaît qu'une nouvelle grossesse est compatible avec l'existence d'une fistule utéro-pariétale. Cependant nous avons relevé quelques complications :

- Un cas d'avortement au troisième mois avec issue de gros caillots de sang au niveau de la fistule. (Observation de Grosse n° 14).
- Un cas de rupture utérine amorcée. (Observation n° 9).

« Au quatrième mois de grossesse, apparition de sang au niveau de la fistule utéro-pariétale. Au septième mois, à l'intervention, seules les adhérences inflammatoires avaient empêché l'issue du fœtus dans la cavité abdominale ».

- Un cas de rupture utérine complète au point fistulisé, au deuxième mois de grossesse. (Cas de Doleris et Richter).
- Un cas de début d'accouchement spontané par voie abdominale. (Observation de Lahitte n° 26).

Dans cette curieuse et exceptionnelle observation, on est en présence : « d'une gestante, qui à l'occasion de sa deuxième grossesse, a commencé un accouchement

par voie abdominale, le fœtus ayant tendance à s'extérioriser par une solution de continuité qui s'est créée de façon insidieuse au niveau de la cicatrice de laparotomie ».

A cette observation se rattache le cas publié par Williams d'une grossesse abdominale survenue comme conséquence d'une fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne.

De toutes ces complications, c'est la rupture utérine qui est la plus fréquente. Cette rupture trouve son origine dans la minceur extrême que peut prendre la paroi antérieure de l'utérus au niveau de l'ancienne cicatrice, et dans la formation d'un tissu fibreux tout autour de l'orifice utérin de la fistule. Ce tissu fibreux, inclus en plein muscle sain, ne pourra ni s'hyperplasier ni s'hypertrophier au cours du développement de l'utérus, et il sera tirailé en tous sens au cours des contractions utérines, ainsi pourra-t-il se déchirer.

Influence des fistules utéro-pariétales sur le travail

Le trajet fistuleux et les adhérences qui l'entourent fixent l'utérus à la paroi abdominale et réalisent ainsi une véritable hystéropexie naturelle.

En cours de grossesse, la paroi antérieure de l'utérus étant adhérente à la paroi abdominale, le corps utérin va se développer aux dépens de sa face postérieure et de son fond.

Cette situation de l'utérus l'amenant en antéflexion, le développement au détriment de sa face postérieure entraîne certains troubles au cours du travail.

Il peut y avoir gêne dans l'accommodation, lenteur et parfois même défaut d'engagement.

La persistance d'une zone cicatricielle sur la paroi utérine entraîne l'irrégularité et même le défaut des contractions.

Enfin, la paroi postérieure de l'utérus participant le plus au développement utérin, s'amincit à l'extrême et peut se rompre au cours du travail.

Les fistules utéro-pariétales peuvent donc entraîner une rupture utérine, soit en cours de grossesse soit au moment du travail.

- Rupture au niveau de la face antérieure pendant la grossesse.
- Rupture au niveau de la face postérieure pendant le travail.

*Influence des grossesses ultérieures
sur les fistules utero pariétales*

Une femme porteuse d'une fistule et devenant enceinte peut craindre la rare complication des fistules utéro-pariétales, mais elle peut aussi espérer en la guérison de sa fistule.

En effet, nombreuses sont les observations où la fistule a guéri spontanément au cours d'une nouvelle grossesse.

Il semble, disait Lepage, « que l'hyperplasie et la congestion de l'utérus arrêtent au moins pour une certaine durée le processus inflammatoire et par là même tarit la fistule ».

L'observation de Lepage montre les rapports réciproques entre fistules et grossesse.

Une femme porteuse d'une fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne, devient enceinte.

Elle subit les complications des fistules :

Au troisième mois, avortement.

Mais elle subit aussi l'influence heureuse de la grossesse sur les fistules :

L'orifice interne de la fistule s'oblitére ; elle devient donc borgne externe et ne laisse alors s'écouler que de la sérosité et du pus.

A l'occasion d'une grossesse ultérieure :

- pas de complications,
- mais au contraire la fistule se ferme définitivement.

DIAGNOSTIC

Diagnostic différentiel :

Au stade d'abcès, il peut s'agir d'un abcès simple de la paroi ayant un pronostic bénin.

Au stade de fistule :

— C'est le diagnostic différentiel des fistules menstruelles qui se pose.

— S'agit-il de fistules menstruelles dues à une intervention sur l'utérus ou sur les annexes ou à un processus infectieux, donnant une collection purulente qui vient s'ouvrir à la paroi ?

— Ou d'un Endometriome ?

— Ou d'un écoulement de sang venant d'un viscère quelconque ?

Diagnostic positif :

Le diagnostic positif repose sur des bases étiologiques, cliniques et radiologiques.

Nous pouvons dire que ce diagnostic, supposé par l'étiologie, retenu par la clinique, est toujours affirmé par la radiologie.

Bases étiologiques et cliniques :

Ce sont :

— La notion d'une césarienne pratiquée antérieurement et les conditions dans lesquelles cette opération a été pratiquée, quelles ont été les suites.

— la formation d'un abcès et son évolution insidieuse ;

— l'apparition d'un étoulement séro-purulent puis hémorragique coïncidant avec l'écoulement menstruel.

Un petit écoulement est souvent en faveur d'un

endometriome, alors qu'un écoulement important plaide pour une fistule utéro-pariétale.

— La mise en évidence d'une communication utéro-pariétale soit après injection de liquide coloré par l'utérus et venant sourdre au niveau de la cicatrice abdominale

soit après introduction de deux stylets et d'un hystéromètre produisant un cri métallique quand ces instruments sont en contact l'un de l'autre.

En pratique, ces procédés ne doivent pas être employés, car ils risquent de perforer le trajet fistuleux

Bases radiologiques :

On explore le trajet fistuleux et son point d'implantation au niveau de l'utérus en faisant des radiographies de face et de profil après hystérographie au Diodone et injection de Lipiodol fluide par le trajet fistuleux.

On élimine ainsi le diagnostic de fistule utéro-pariétale, de fistule stercorale et on précise la situation exacte du trajet, ses ramifications secondaires, ses caractères anatomiques, fistule complète, borgne, fistule utéro-pariétale associée à une fistule stercorale (telle l'observation n° 17).

TRAITEMENT

Les bases du traitement des fistules utéro-pariétales reposent sur les données étiologiques, anatomiques et cliniques.

Nous avons vu qu'il s'agit de femme ayant subi une opération césarienne corporéale le plus souvent faite dans de mauvaises conditions avec un matériel de suture défectueux. De nombreuses adhérences se sont formées unissant l'utérus à la paroi abdominale et au milieu desquelles chemine un trajet fistuleux. Ces malades sont plus incommodées par l'écoulement séro-purulent ou hémorragique au niveau de leur abdomen que par les troubles fonctionnels que peuvent entraîner la fistule.

La nécessité du traitement est commandée par la longue évolution de la fistule, son peu de tendance à la guérison spontanée, la possibilité d'une complication sérieuse telle la rupture utérine au cours d'une grossesse ultérieure.

Ce traitement peut être en partie préventif.

On ne saurait trop insister sur la nécessité d'une asepsie rigoureuse de la paroi et de la région cervico-vaginale. Quand on le peut, c'est-à-dire en dehors des césariennes pratiquées en « désespoir de cause », il faut préparer de longue date ces malades présentant une infection des voies génitales basses.

Puisque la majorité des fistules utéro-pariétales s'observent après des césariennes corporéales, la prophylaxie de ces fistules consiste dans la pratique de la césarienne basse.

« Supériorité de la césarienne basse parce que la plaie siège dans une partie de l'utérus qui se contracte peu, l'incision de l'utérus est faite dans un territoire très

peu vasculaire, les parois de la plaie sont minces et plus faciles à suturer, la suture de la plaie utérine est telle que des adhérences à l'intestin, à l'épiploon et à la paroi abdominale sont presque impossibles, la péritonisation est plus facile et plus parfaite ». (Loicq).

L'opération césarienne s'effectue en quatre gestes, comme elle se définit en quatre mots : « deux incisions, deux sutures ». Mais il y a ce que Couvelaire appelait « l'Entracte Obstétrical » pendant lequel l'opérateur choisit le matériel de suture. L'emploi de fils non résorbables doit être rejeté puisque nous avons vu que ce sont de véritables nids à microbes et qu'ils entretiennent l'infection.

D'ailleurs, depuis longtemps la supériorité des fils résorbables les a fait adopter dans toutes les opérations portant sur l'utérus.

Déjà en 1906, Crisalli conseillait un tel matériel de suture :

« Les dangers d'infection ne sont pas plus grands avec le catgut. Les fils de soie pouvant s'éliminer de l'utérus longtemps après l'opération par un processus de suppuration plus ou moins prolongé, il faut donner formellement la préférence aux fils de catgut ou aux fils résorbables ».

Traitement curatif :

— Le traitement médical est le plus souvent aléatoire, car il ne lutte pas contre la cause d'entretien des fistules : le matériel de suture enkysté et infecté.

Il consistait en l'installation de divers liquides modificateurs dans le trajet fistuleux : soit teinture d'iode, nitrate d'argent, chlorure de zinc, soit chlorydrate double de quinine et d'urée.

Quelques cas ont été traités, sans succès d'ailleurs, par des implantations locales de placenta frais.

— Le traitement chirurgical est le seul traitement logique.

Il consiste le plus souvent en l'excision totale du

trajet fistuleux depuis la paroi abdominale jusqu'à son orifice interne, ce qui permet de libérer les adhérences que la paroi et le trajet ont contractées avec les anses intestinales et l'épiploon.

Parfois, quand il y a des lésions étendues de l'utérus, la nécessité d'une intervention radicale peut s'imposer et on a recours dans ces cas à l'hystérectomie subtotale.

Conduite à tenir :

Devraigne et Bauzet conseillent d'attendre plusieurs mois après la constitution de la fistule avant d'opérer:

Il y a ainsi une période d'attente qui correspond à la phase inflammatoire de ces fistules.

— Il faut réséquer le trajet fistuleux en totalité et faire une excision en cratère de la base d'implantation utérine permettant d'enlever tout le tissu scléreux.

— Il est nécessaire de recouvrir la plaie utérine.

« On ne peut la fermer que par des points de catgut prenant toute l'épaisseur du muscle et laissant une tranche vive à la surface de l'utérus, car ainsi peuvent se contracter de nouvelles adhérences entre la matrice et les organes péritoneaux ou la paroi voisine ».

— Il faut donc isoler la suture utérine.

Aussi après capitonnage de la paroi utérine au fil de nylon par des points en X et adjonction de Pénicilline locale peut-on faire :

soit l'épiplooplastie

mais le transplant risque de se mortifier avant d'avoir contracté des connexions suffisantes avec l'utérus,

soit une couverture péritoneale,

en recouvrant la cicatrice utérine par le péritoine vésico-utérin facilement décollable,

ou ce qui est préférable en utilisant la technique mentionnée par Couvelaire dans « L'Introduction à la chirurgie utérine obstétricale » et qui consiste à utiliser le péritoine de l'angle supéro-interne du ligament large (feuillet

antérieur) qui réuni à l'opposé par points séparés, isole complètement la zone de suture. En fin d'opération les deux ligaments ronds se trouvent ainsi au devant de l'utérus comme dans une ligamentopexie antérieure, ce qui constitue une véritable sangle utérine.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

- Observation 1. — Hertzsch : Archico-für Cyn.
Primipare entrée à la clinique du Docteur ZWEIFEL. Opérée le 22 juin 1887 - opération de SAENGER. Après 4 semaines : guérison.
Il persiste cependant 2 fistules qui nécessitent au bout de 9 mois une laparotomie. — Guérison.
- Observation 2. — Johannosky Monatsschi. J. Geb. und Gyn 1897.
X... subi 2 césariennes.
1° césarienne octobre 91, suture profonde aux fils de soie 6 semaines après : guérison mais l'utérus reste en position élevée et son fond est adhérent à la cacatrice abdominale. Au niveau de la cicatrice formation d'un abcès qui, 7 mois plus tard, donne une fistule.
2° césarienne février 1896.
5 semaines après guérison.
Nouvelle fistule vite guérie.
- Observation 3. — Mac Coy — American Journal of Obstétric 1899.
— Medical Record juillet 1899.
X... subit une opération césarienne le 16 juin 1896.
Suture profonde au fil de soie.
Après 21 jours guérison.
Une fistule persiste allant de la cicatrice abdominale à l'utérus et d'où s'écoule le sang au moment des règles.
- Observation 4. — Schröder Monatsschi. Für Gatt und Gyn. 1901.
Madame X... a subi 2 césariennes.
1° césarienne mai 1897.
Suture par étage au fil de soie, suites opératoires normales.
2° césarienne février 1900.
Sutures profondes au fil de soie.
Il se produit un trajet fistuleux allant à l'utérus et par où s'écoulait un pus abondant.
- Observation 5. — Abel Thèse de Th. Van Leuwen.
Herhaalde sectio coesarea. Utrecht 1904.

Primipare entre la clinique du Docteur ZWEIFEL.

1^o césarienne septembre 1890 : pas de complications.

2^o césarienne mars 1892.

Sutures avec fil de soie à la profondeur.

Suppuration de la plaie.

Fistule qui dura 2 ans et par qui furent éliminés les fils de soie.

Observation 6. Abel Thèse de Th. Leuwen.

Herhaale sectio coesarea. Utrecht 1904.

X... 2 césariennes.

1^o césarienne novembre 1892.

Suture profonde au fil de soie.

22 jours après guérison.

1 an après il se forme au niveau de la cicatrice un abcès par lequel 4 fils de soie furent éliminés.

La fistule fut tarie et guérit après l'expulsion des fils.

2^o césarienne août 1895.

Sutures profondes fil de soie.

1^o semaine : température 39°5.

Puis formation d'un nouveau trajet fistuleux qui élimine 7 fils de soie.

Après quoi guérison.

Observation 7. — Lepage "De l'opération césarienne tardive".
Bulletin Médical 1907

Madame X... 24 ans IIIpare.

Arrive en état de travail et de saleté repoussante.

EXAMEN :

Bassin oblique ovalaire de Naegle.

INTERVENTION :

Césarienne haute, les membranes étant déjà rompues et absence de soins antiseptiques depuis le début du travail.

Extraction de l'enfant vivant.

— Sutures profondes de la paroi utérine avec des fils de soie n° 3.

— Sutures superficielles avec soie n° 1.

Drains dans la cavité abdominale.

EVOLUTION :

Température normale les jours suivants.

33 jours après : élévation de la température pour abcès du sein.

Quelques jours après, au niveau de la partie médiane de la cicatrice, apparition

d'une petite fistule qui guérit spontanément.

Annales de la Société d'Obstétrique de France 1909.

Observation 8. — Hergott "Considération sur les sutures dans l'opération césarienne".

Opération césarienne nécessitée par un kyste dermoïde inclus dans le ligament large.

— Sutures utérines et péritonéales au catgut.

— Sutures musculaires de la paroi abdominale à la soie et à points séparés.

— Sutures cutanées - crins.

2 jours après intervention : la température s'élève, ventre douloureux.

13^e jour : formation d'un abcès sous-cutané au niveau de la région sous-pubienne.

14^e jour : une autre collection purulente au de l'ombilic.

Des lavages intra-utérins firent sourdre le liquide par la plaie cutanée-ombilicale.

17^e jour : apparition au niveau de l'abcès sus-pubien d'un filament blanchâtre : fil de catgut de 8 cms.

Le fil enlevé, la cicatrisation se fit rapidement et guérison complète.

Observation 9. — Zentralblatt. Gynœkologiste Gesellssceft. Dreden janvier 1910.

Madame X..., 25 ans.

En 1906 opération césarienne pour rétrécissement pelvien, suites normales.

2^e grossesse 3 ans plus tard.

Au 4^e mois, vives douleurs abdominales et apparition vers le milieu de l'ancienne cicatrice d'une fistule par qui sortait du sang, alors qu'il ne s'en écoulait pas par le vagin.

Au 7^e mois, les douleurs apparurent de nouveau, plus violentes, avec fièvre élevée, frissons, pouls à 138.

Opération césarienne qui permit de constater une rupture utérine ancienne, unissant le trajet fistuleux avec la cavité utérine.

Seules les adhérences de la 1^{re} césarienne avaient empêché l'issue du fœtus dans la cavité abdominale.

Ces adhérences empêchant l'utérus de se contracter on pratiqua le Porro.

La fistule s'explique par une rupture spontanée de l'utérus au 4^e mois.

Observation 10. — Tissier : Annales de la Société d'Obstétrique de France 1903.

- 1907 Tissier intervient chez une femme dont tout le bassin était obstrué par un kyste intra-ligamenteux et pratiqua d'urgence la césarienne corporéale.
- 1908 La même malade présente sur la ligne cicatricielle une fistulette profonde de 5 à 6 cms, un peu suintante.
La fistule fut agrandie par les laminaires et on élimina une des soies de la tranche utérine qui, non résorbée, s'était infectée.
La même malade réussit à extraire successivement elle-même jusqu'à 5 anses soyeuses.
- 1909 La malade décide qu'on lui enlève son kyste qui pourtant ne la gêne pas.
A l'ouverture du ventre on vit entre le kyste dermoïde extrait, une bride adhérente entre la paroi et l'utérus.
Au niveau de son point d'attache profond existait un petit cratère de quelques m/m de longueur à la surface duquel se trouvaient 5 à 6 fils blanchâtres.

Observation 11. — Nuville - "Fistule utéro-pariétale après césarienne conservatrice". Th. Toulouse 1911.
X..., 21 ans - rachitique, césarienne (c) pour bassin généralement rétréci, extériorisation de l'utérus.

Suture avec fils de soie n° 3 tant pour les sutures totales que séro-séreuses.

Suture du péritoine au catgut.

Au 11^e jour, légère suppuration dans l'angle inférieur de la cicatrice, quelques jours après formation d'un abcès de 3 cms au-dessus de ce point de suppuration ; cet abcès s'ouvre ensuite à la paroi.

Au retour des règles écoulement de sang par les 2 orifices de la paroi abdominale.

Ces 2 fistules ont un trajet différent et 2 stylets introduits ne se rencontrent pas.

Quelques mois plus tard formation d'une petite tumeur au niveau de la fistule inférieure. L'examen du trajet, au bout du stylet, fait sentir un corps résistant en boule. C'est un fil de soie non résorbé que l'on enlève. Evacuation d'un autre fil par la fistule supérieure.

1^{er} fil de soie, circonférence 7 à 8 m/m.

2^{me} fil de soie, circonférence 3 m/m.

Le 1^{er} fil de soie appartenait donc à une des sutures totales.

Le 2^{me} fil appartenait donc à une des sutures séreuses.

Mars 1911 INTERVENTION :

Incision du point cutané séparant les 2 fistules et de la paroi abdominale sur 4 cms.

Cautérisation des 2 galeries.

La fistule existe toujours.

Observation 12. - Nuville - "Thèse Toulouse 1911".

L..., 26 ans, primipare - Coxalgie droite supprimée.

Bassin type oblique ovulaire.

Césarienne conservatrice alors que les membranes sont déjà rompues.

Du 2^e au 8^e jour après : température à 38°-39° ; pouls 104-108.

Le 8^e jour température à 40° ; pouls 140.

Elimination au niveau de la cicatrice de 3 fils de soie.

Les jours suivants tous les phénomènes rétrocedent.

Observation 13. — Grosse - "Fistule utéro-pariétale consécutive à 2 opérations césariennes " - guérison spontanée.

Mme X..., 24 ans - 1 pare.

Arrive en état de travail, les membranes rompues, le col dilaté insuffisamment.

EXAMEN : Bassin rétréci, promoto sous-pubien : 10 cms.

INTERVENTION : Césarienne corporéale.

— Extériorisation de l'utérus. x

— Extraction de l'enfant ayant déjà rendu son méconium.

— Placenta décollé avec les membranes.

— Toilette de la cavité utérine avec des compresses stériles.

— Sutures profondes à la soie par points séparés.

— Sutures superficielles au catgut par points séparés.

Suites opératoires : Ascension progressive de la température qui, le 6^e jour, atteint le soir 39°5.

Le lendemain le pansement abdominal est souillé de pus et, au niveau de l'ombilic,

on voit l'orifice externe d'une fistule allant vers le fond de l'utérus.

TRAITEMENT : Drainage, pansements humides H₂ O₂.

La température tombe peu après et la fistule se tarit d'elle-même.

Observation 14. — Grosse - "Fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne" - 2^{me} opération - hystérectomie.

Mme X...

Antécédents : paralysie infantile.

Le 19 septembre subit une opération césarienne corporéale.

3 mois après, formation d'un volumineux abcès au niveau de la cicatrice abdominale et élimination de plusieurs fils de lin.

Une fistule utérine permanente s'établit donnant chaque mois du sang au moment des règles.

En mai 1912 la femme fait une fausse couche de 3 mois au cours de laquelle elle élimine de gros caillots de sang par sa fistule.

A partir de cette époque il ne s'écoule plus de sang par la fistule mais seulement de la sérosité mélangée de pus.

En août 1912, donc 3 mois après, la personne redevient enceinte ; l'écoulement séro-purulent s'arrête et la fistule se ferme peu après le début de la grossesse.

Entre à l'hôpital en mai 1913.

EXAMEN : Antéversion très prononcée du bassin.

Utérus par antéversion remonte à 40 cms au-dessus du pubis.

Paroi abdominale mince, au-dessus de l'ombilic et à droite de la cicatrice de la section césarienne se trouve l'orifice externe oblitéré de la fistule utérine circonscrite à distance par un anneau fibreux admettant l'extrémité de l'index et dans l'aire duquel la paroi abdominale est réduite à la peau très mince et violacée. Par suite du peu d'épaisseur de la paroi abdominale le fœtus paraît très superficiel ; la tête fœtale est très élevée au-dessus du détroit supérieur.

Bassin de type infantile : diamètre P.S.P. 8 cms.

INTERVENTION: Laparotomie haute sus-ombilicale.

Utérus extériorisé couché sur un lit de compresses.

On tombe à la partie inférieure de l'incision utérine sur l'insertion placentaire qui entamée sur une petite étendue.

Le placenta se décollant spontanément et venant faire hernie est enlevée aussitôt.

Examen de l'utérus montre une paroi antérieure très fragile commandant l'hystérectomie subtotale.

Excision de la portion de la paroi abdominale qui bordait la fistule. La paroi est tellement mince qu'on ne fait qu'un seul plan de suture au catgut par points séparés comprenant à la fois le péritoine et les vestiges des muscles qu'on peut réunir. Suture de la peau au crin de Florence : drain sous-pubien.

Examen de la pièce. — Les adhérences utéro-pariétales consécutives à la césarienne antérieure constituaient une véritable hystéropexie naturelle, aussi l'utérus s'est-il développé aux dépens de sa face postérieure.

La cicatrice de l'ancienne césarienne large de 2 cms montre de place en place des sillons marquant la place des fils éliminés. Sur la face interne de l'utérus on trouve l'orifice interne de la fistule. L'orifice externe est oblitéré par une adhérence péritonéale.

Suites opératoires. — Simples, apyrexie absolue. La malade quitte le service le 16^e jour ; enfant vivant.

Observation 15. — Hureaud. Thèse Montpellier 1911.

Madame X...

1908 — Opération césarienne corporéale pour dystocie par kyste de l'ovaire. Opération pratiquée 42 heures après la rupture des membranes et une vaine tentative d'application de forceps.

Suture de l'utérus au fil de lin par points séparés comprenant toute l'épaisseur de la paroi moins la muqueuse.

Points de catgut dans l'intervalle de ces

points, là où l'affrontement séreux laisse à désirer.

Fermeture de l'abdomen par trois plans de suture et drainage suspubien.

Drain enlevé au bout de 48 heures.

Un mois après formation d'un abcès à la partie inférieure de la cicatrice et élimination successive de 4 ou 5 fils de lain et formation d'une fistule suspubienne donnant un écoulement séreux et intermittent.

1912 — Femme enceinte, fistule se ferme spontanément, accouchement normal.

Un an après cette malade présente :

1 paroi abdominale en bon état - orifice fistuleux toujours oblitéré. Utérus de volume normal mais haut situé comme après hystéropexie en anteversion forcé.

1914 — Fistule ouverte avec reprise de l'écoulement séreux intermittent.

Observation 16. — Loicq. « Fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne ».

Mme X...

Femme de 38 ans, 6 accouchements antérieurs dont 5 dystociques, 2 hébotomies et 3 forceps.

Le 19 novembre 1921 subit une césarienne haute classique. Revient 4 mois après l'opération.

Réglée deux fois depuis l'opération et à chaque fois du sang s'est écoulé par la fistule abdominale ; elle a éliminé par cette fistule un fil de soie.

EXAMEN : Cicatrice de laparotomie sous ombilicale, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, fistule d'un cm. de diamètre. Le corps utérin est augmenté de volume non mobile adhérent à la paroi abdominale au niveau de la fistule pariétale. Une sonde utérale introduite par la fistule pariétale s'engage facilement dans le trajet et sans effort de poussée ressort par l'orifice externe du col et du vagin.

Le 17 février, opération : hystérectomie subtotal.

Observation 17. — Puccioni. - « Fistule utéro-pariétale ».

Premier cas. — Après césarienne faite deux ans auparavant au cinquième mois de grossesse se forme un abcès de la paroi et ensuite une fistule d'où sort du pus et pendant les règles un peu de sang. Excision de cicatrice abdominale avec résection de l'epiploon en rapport avec le trajet fistuleux.

Deuxième cas. — Après césarienne, formation sur la cicatrice abdominale d'une fistule d'où sort du pus fécaloïde et du sang pendant les règles.

Excision de la cicatrice avec le trajet fistuleux ; le fond utérin perforé communique avec l'extérieur et par une autre fistule avec le sigmoïde.

Intervention conservatrice.

Observation 18. — Favreau et Lafargue.

Jeune femme rachitique ayant subi deux opérations césariennes corporéales et qui présenta quelques mois après la deuxième césarienne une fistule utéro-pariétale par laquelle s'écoulait régulièrement le flux menstruel.

Hystérectomie fundique.

Observation 19. — German.

Femme de 28 ans césarienne corporéale il y a 4 ans et demi.

15 mois avant son entrée à l'hôpital, elle a constaté deux renflements dans sa cicatrice de laparotomie :

l'un dans la cicatrice elle-même au niveau de l'ombilic, l'autre au-dessous de l'ombilic et un peu à gauche comme s'il était apparu au niveau d'un point de suture.

Ces deux masses grandirent très lentement ; la plus grande n'ayant qu'un cm. de diamètre au moment de l'examen. Elles deviennent très tendues et douloureuses à chaque période menstruelle et à ce moment l'une d'elles donne naissance à un petit écoulement sanguin après lequel subsistait une ecchymose de la peau environnante.

A l'opération on trouve des nodules contenant plusieurs lacs sanguins en relation avec l'utérus.

L'examen microscopique révèle une endométriome.

Observations 20 et 21. — Albano : « Sulle fistole génito abdominali ».

Mme P..., 34 ans. Dernières règles le 17 juin 1923.

2 grossesses antérieures avec accouchement artificiel fait à terme pour viciation pelvienne : l'une finie par craniotomie, l'autre par césarienne corporéale en janvier 1923 avec suites opératoires fébriles et péritonite pelvienne.

En mars, règles régulières ; le 17 juin, après deux mois de retard, règles très abondantes, sept jours, avec perte de sang par la cicatrice abdominale.

EXAMEN : La partie inférieure de la cicatrice de laparotomie montre une solution de continuité de 2 mm. de diamètre d'où sort du pus. L'hystéromètre introduit dans le trajet gagne l'utérus puis le vagin.

INTERVENTION : Le 5 août 1923 : excision du trajet fistuleux jusqu'à l'utérus : libération de nombreuses adhérences utéro-intestinales, puis hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.

Mme G. R..., 24 ans.

2 grossesses à terme avec accouchement artificiel, un avec forceps et craniotomie, et l'autre avec césarienne le 30 avril 1927.

En février 1927, on remarque la formation sur la cicatrice abdominale d'une fistule d'où sort du pus et du sang au moment des règles.

Entre à l'hôpital au mois de mai.

Etude radiologique de la fistule.

Injection dans l'utérus de 15 cc. de sulfate de baryte, le liquide opaque apparaissant alors au niveau de la fistule.

Des radios en diverses positions montrent : un utérus parfaitement rempli ; au fond de l'utérus origine d'un trajet de direction oblique vers le haut et en avant, lequel environ après 3 cm., rejoint une cavité de dimension d'une noix. De là part un second trajet gros comme le petit doigt à direction supéro antérieure qui se rétrécissant aboutit à la paroi.

INTERVENTION : Cure chirurgicale le 29 août: laparotomie sus et sous ombilicale. L'utérus à 4 cm. de la paroi est fortement pris dans les adhérences épilipoïques et mésentériques. A la hauteur de l'isthme utérin, un petit foyer purulent ; autre petite poche purulente au point où le trajet fistuleux s'ouvre à la paroi.

Hystérectomie subtotale. Guérison le 17 septembre.

Observation 22. Devraigne, Bauzet, Mayer : « 4 cas de fistules utéro-pariétales consécutives à des opérations césariennes ».

Madame X..., 27 ans. Césarienne corporéale il y a 3 ans, pour bassin rétréci. Depuis accouchement, sensation de tiraillements dans l'abdomen.

EXAMEN : Palpation : tumeur arrondie légèrement mobile, non douloureux, situé à hauteur de l'ombilic sur son côté droit, de consistance dure partiellement fixée.

Toucher : Les mouvements imprimés à la tumeur sont intégralement transmis au col. Ce qui frappe, c'est le siège juxta-ombilical. S'agit-il du fond utérin ?

de cette tumeur.

D'un fibrome ?

D'un kyste de l'ovaire tordu ?

OPERATION : Laparotomie médiane sous-ombilicale en passant par la cicatrice de la césarienne.

La tumeur est constituée par le fond utérin uni au péritoine pariétal à droite de l'ombilic par des adhérences vasculaires. Dans la partie centrale de ces adhérences on isole un tractus arrondi, homogène, du volume d'une plume d'oie, fixé à la paroi et à la face antérieure de l'utérus.

L'extirpation de ce tractus a créé dans le muscle utérin une profonde brèche mais la cavité utérine n'est pas ouverte.

L'insertion utérine du tractus correspond à la partie supérieure de la cicatrice de la césarienne par ailleurs souple et peu visible.

Histologie du tractus : Tissu de type utérin dont les éléments fibrillaires sont dissociés par des travées conjonctives.
Par place l'élément fibreux domine.
Pas de trace de tissu glandulaire appartenant à la muqueuse.

Observation 23. -- Devraigne, Bauzet Mayer - « Cas de fistules utéro-pariétales consécutives à des opérations césariennes ».

Madame R... Opération césarienne haute il y a 15 mois.

Fistule pariétale 1 cm. au-dessous de l'ombilic donnant un écoulement liquide épais muqueux purulent, ou muqueux à peu près continu.

Cet écoulement devient sanglant au moment des règles.

EXAMEN : Utérus augmenté de volume appliqué intimement à la paroi abdominale et dont les essais de mobilisation sont douloureux.

Observation 24. — Devraigne, Bauzet, Mayer - « Cas de fistules utéro-pariétales consécutives à des opérations césariennes, traitées chirurgicalement ».

Mad... 28 ans - 2^e geste - enceinte de deux mois, se plaint de douleurs dans la région lombaire et fosse iliaque.

Sa 1^{re} gestation s'est terminée il y a 5 ans par césarienne haute.

Une fistule post-opératoire s'est alors constituée immédiatement.

A chaque période menstruelle écoulement analogue à l'écoulement cataménial.

EXAMEN : On trouve un utérus de volume normal mais dont le fond est intimement accolé à la paroi dans la zone fibreuse.

Utérus non mobilisable en tous sens.

Bassin généralement rétréci (bassin rachitique).

Malade refuse intervention.

Revient en plein travail ; nécessité de faire une césarienne vaginale puis hystérectomie

Examen de la pièce : Face antérieure utérus près du fond sur une surface d'adhérence utéro-pariétale et autour l'utérus est rétréci.

Face postérieure hypertrophiée saillante et convexe semblant indiquer que c'est aux dépens de la face postérieure que s'est fait l'ampliation utérine de la gestation.

Histologie : Tissu limitant la lumière du trajet fistuleux.

Epithélium atrophique et les plans sous-jacents sont envahis par un tissu conjonctif dense collagène très pauvre en éléments cellulaires.

A la limite où cesse le revêtement cutané on trouve quelques reliquats de cryptes glandulaires intacts.

Absence de réaction inflammatoire.

On est en présence d'un processus fixe cicatriciel qui ne présentait plus aucune tendance à la fermeture spontanée.

Les éléments de la paroi musculaire sont dissociés par un processus d'infiltration leucocytaire.

Observation 25. Devraigne, Bauzet Mayer - « Cas de fistules utéro-pariétales consécutives à des opérations césariennes ».

Madame C..., 21 ans, consulte pour douleurs pelviennes et lombaires non soulagées par le repos même alité.

Opération césarienne corporéale 1 an et demi avant pour bassin généralement rétréci et les 6 mois qui ont suivi cette opération écoulement de sang par la cicatrice au-dessus de l'ombilic.

EXAMEN : Corps utérin plaqué en avant, fond appliqué à la paroi abdominale antérieure. Cul de sac droit : masse irrégulière très douloureuse bloquée dans la pelvis.

A gauche l'examen est également volumineux et douloureux à la pression.

INTERVENTION : On trouve un cordon par-

tant du péritoine pariétal antérieur à droite de l'incision et allant rejoindre la face antérieure de l'utérus près du fond.

Ce tractus a l'épaisseur de l'index.

Après avoir circonscrit une collerette péritonéale on reseque la fistule en creusant un cône dans la paroi utérine jusqu'à la muqueuse.

On ne trouve ni dans la paroi, ni dans la cavité utérine des restes de matériel de suture.

Réfection de la paroi utérine en 2 plans :

Un plan muqueux au catgut fin,

Un plan musculaire au gros catgut.

Répéritonisation par le péritoine de l'angle supéro-externe du ligament large.

Observation 26. — Pavelesco et Somaru - « Fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne ».

Chez 1 pare de 20 ans avec placenta prævia.

Césarienne corporéale - matériel suture : catgut.

Suppuration de la plaie abdominale et apparition d'une sécrétion purulente devenant hémorragique au moment des règles.

8 mois après excision du trajet fistuleux.

Suture séparée de l'utérus et de la paroi.

Guérison.

Observation 27. — Lahitte « Début d'accouchement spontané par voie abdominale ».

Yacine Dieye, femme Ouoloff, 20 ans, entre à la maternité indigène de Dakar, le 22 mars 1947, dans la soirée, venant de Thies.

La malade est reçue par la maîtresse sage-femme. Interrogée, elle dit ne pas souffrir et on évite, prévoyant une intervention dès l'entrée en travail, de l'examiner de plus près et de toucher au léger pansement qu'elle porte sur son abdomen. La hauteur utérine n'est que de 27 cms. Il ne paraît pas s'agir d'une grossesse à terme. B.C.

Le 23 mars 1947 Yacine commence à ressentir des douleurs de plus en plus vives. Au

toucher, nous trouvons alors un col dilaté à grande paume de main avec présentation haute d'un siège complet et sacro-iliaque gauche, un promontoire nettement accessible, l'absence de poche des eaux.

Le doigt ne ramène pas de sang, à peine est-il mouillé de liquide amniotique. Les bruits du cœur fœtal sont perceptibles, mais sourds et irréguliers. Le pansement qui recouvre l'abdomen est enlevé. On constate avec stupéfaction que, sur une cicatrice de laparotomie à la fois sus et sous-ombilicale et à l'endroit qui correspond à l'ombilie, existe une solution de continuité, ouverture circulaire de 8 cms de diamètre environ avec des bords très tendus et dans laquelle bombe une masse charnue qui a tendance à s'extérioriser, surtout au moment des contractions utérines.

Cette masse visible est l'épaule antérieure du fœtus, c'est-à-dire son épaule gauche ; elle est mobilisable à la pression du doigt et on y reconnaît la saillie acromio-claviculaire et le pli axillaire postérieur. Sa mobilisation par pression vers l'abdomen amène l'issue à l'extérieur d'une petite quantité de liquide amniotique.

C'est dans la nuit du 21 au 22 qu'elle aurait ressenti des douleurs abdominales intermittentes et que son ventre, sur lequel elle n'avait rien remarqué, se serait ouvert sans aucune douleur vive.

Cette femme est en assez bon état, non choquée, pouls à 100, tension artérielle 12-7, température 37°4.

Il s'agit donc d'une rupture de la cicatrice opératoire chez une ancienne cicatrisée, rupture intéressant non seulement l'utérus mais encore, fait exceptionnel, la paroi abdominale. L'intervention s'impose, d'autant plus qu'apparaissent des signes de souffrance fœtale.

Intervention le 23 mars 1947.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision de la paroi abdominale et au-dessous de la zone déhiscente. On tombe sur un utérus largement ouvert, intimement adhérent au péritoine pariétal latéralement, à l'épiloön en haut, au péritoine vésical en bas. Aucune collection hémorragique n'est

visible dans la cavité péritonéale ni dans la cavité utérine. Après rupture de quelques adhérences au doigt, on extrait, par la déhiscence spontanée de l'utérus et par version podalique, un fœtus petit, étoné, ranimé par la suite. Délivrance artificielle d'un placenta inséré sur la paroi utérine postérieure dans son tiers supérieur. La délivrance est suivie d'une hémorragie importante par inertie utérine et, sans doute, par défaut de rétraction de l'utérus trop adhérent aux organes voisins. Hystérectomie subtotale après libération de l'utérus d'avec la vessie et l'épiploon. Péritonisation partielle. Mise en place d'un Mickuliz avec une mèche, suture de la paroi abdominale en deux plans entièrement aux crins. Pendant l'intervention, un litre de sérum dextrosé en perfusion.

Suites opératoires simples, pénicilline, sulfamides.

18 jours après l'intervention, l'enfant, de sexe féminin de 2 k. 500, est nourri au sein.

Examen de la pièce opératoire : Utérus ouvert sur sa face antérieure sur une hauteur de 12 à 15 cms. Les bords de l'ouverture sont nets, lisses, non hémorragiques. La tranche continuant ses bords est scléreuse, cicatrisée depuis fort longtemps. On ne trouve pas de traces de matériel de la suture ancienne.

Le protocole opératoire de la première intervention subie par cette femme à St-Louis-du-Sénégal était intéressant à connaître. Il est rédigé comme suit :

Césarienne chez une primipare à bassin généralement rétréci en travail depuis 3 jours. Tête engagée dans le grand diamètre ne passe pas. Bruits du cœur fœtal bons, eaux méconiales fétides. T.A. - 13,5/8. Laparotomie médiane. Incision basse de l'utérus impossible par suite de l'étalement de la vessie jusqu'à mi-distance entre le pubis et ombilic.

La face antérieure de l'utérus présente de volumineux sinus veineux transversaux et le décollement péritonéal, ainsi que la tranche utérine sont très hémorragiques. Incision de 10 cms à la partie moyenne du corps, le placenta est sous l'incision. Extraction simultanée du placenta et du

fœtus. Injection de deux ampoules d'hypophyse dans le muscle utérin. Suture de la tranche utérine au gros catgut. Rapprochement des lèvres péritonéales. Mickuliz avec 2 mèches dans le cul de sac antérieur. Paroi fil de bronze, catgut et crins. Dagénan intra-péritonéal et sous-cutané.

Les feuilles de température jointes à ce compte rendu opératoire nous montrent, d'autre part, des suites fébriles durant les 19 premiers jours qui suivent l'intervention, malgré l'administration de 47 gr. de sulfamides par voies diverses.

Nous nous sommes donc trouvés en présence d'une gestante à bassin petit, à son 8^e mois de grossesse environ, ayant accouché 14 mois avant par césarienne corporeale faite en milieu infecté, suivi d'un drainage au Mickuliz, avec des suites opératoires fébriles et longues (80 jours d'hospitalisation) et qui, à l'occasion de sa deuxième grossesse, a commencé un accouchement par voie abdominale, le fœtus ayant tendance à s'extérioriser par une solution de continuité qui s'est créée de façon insidieuse au niveau de la cicatrice de laparotomie.

Chez cette malade, on a eu des conditions maximum pour produire un tel accident : Intervention en milieu infecté avec infection consécutive de la plaie opératoire et incision de l'utérus au niveau de l'insertion placentaire. Cette rupture, si l'on en juge par l'aspect de la pièce opératoire, était ancienne. Peut-être s'agit-il d'une déhiscence dans les suites opératoires immédiates, déhiscence passée inaperçue grâce aux adhérences de l'utérus avec le péritoine pariétal, l'épiploon, la vessie, le sac de Mickuliz ayant favorisé ces adhérences. Il se serait fait ainsi une véritable marsupialisation de l'utérus à la paroi abdominale. Secondairement, la déhiscence de la paroi s'est faite sous l'influence de la poussée fœtale et des contractions utérines.

Observation 28. — Poiteau et Houlné - « 2 cas de fistules utéro-pariétales après césarienne basse ».

1^{er} cas. — Occasionné par un volumineux abcès de la paroi.

2^m^e cas. — Succède à un drainage à la Mickuliz.

L'hystérectomie ayant été faite tardivement après rupture des membranes cette fistule se ferme rapidement au bout de 3 semaines.

Observation 30. — Vermelin - « Un cas de fistule utéro-pariétale après césarienne ».

Madame X..., 26 ans, 1 pare.

Bassin fortement aplati et généralement rétréci, a subi à terme en 1949 une césarienne corporéale en début de travail. Opération sans complications ; suture paroi utérine aux points de soie. Fermeture paroi abdominale en trois plans.

3 mois après l'opération, abcès qui pointe contre l'ombilic et s'ouvre à ce niveau livrant issue à une quantité de pus sanguinolent. Cicatrisation normale. Mais 6 semaines après l'orifice s'ouvre à nouveau, et dès lors apparition intermittente de douleurs pariétales suivies de suppuration. Bientôt s'installe un rythme menstruel ; chaque mois, apparition de douleurs vives ; la fistule s'ouvre et laisse s'écouler de la sérosité et du sang.

En avril 1951 cette femme se présente à nous.

Petite femme sèche, maigre, ayant beaucoup maigri ces derniers temps, nerveuse.

Cicatrice abdominale présentant à gauche de l'ombilic une fistule admettant l'introduction d'un stylet fin montrant un trajet directement orienté vers le bas. Petite quantité de sérosité louche.

Examen gynécologique : Bassin bien libre, l'utérus est fixé à la paroi très élevé, les annexes n'ont rien de particulier. On décide d'intervenir. Pénicilline préalable, anesthésie éther oxygéné.

Incision circonscrite de la fistule et se prolongeant en médiane sous-ombilicale. On parvient facilement en péritoine libre où la fistule se prolonge sous forme d'un cordon fibreux du calibre de l'index aboutissant au fond utérin qui se trouve ainsi suspendu comme par un cordage à mi-hauteur entre l'ombilic et le pubis. On trace une incision sur le fond de l'utérus

suivant une courbe à peu près circulaire et comprenant la paroi utérine jusqu'à la muqueuse. La fistule est ainsi enlevée en totalité ; elle présente à son extrémité muqueuse un fil de soie qui pendait dans la cavité utérine.

Utérus reconstitué en plusieurs points de catgut : plans muqueux puis plusieurs plans de capiton musculaire.

Le péritoine vésico-utérin fortement allongé et tirailé est très facilement décollable. Il forme sur la cicatrice un excellent recouvrement.

Fermeture de la paroi - au nylon tressé après excision de la cicatrice ancienne.

Les suites ont été simples : l'utérus est redevenu mobile.

CONCLUSIONS

Les fistules utéro-pariétales consécutives à une opération césarienne sont rares.

Elles surviennent dans la majorité des cas après une césarienne corporéale et l'emploi d'un matériel de suture non résorbable.

L'infection est toujours une cause favorisante.

Le délai d'apparition de ces fistules est précoce.

Le signe clinique pathognomonique est l'écoulement hémorragique au niveau de la cicatrice abdominale, coïncidant avec l'écoulement menstruel.

Leur évolution est longue, insidieuse, sans tendance à la guérison spontanée, mais de pronostic généralement bénin. Cependant des accidents peuvent s'observer en dehors de toute grossesse — tel un cas d'occlusion aiguë.

Lors d'une grossesse ultérieure des complications sont à redouter : l'avortement et surtout la rupture utérine.

Le diagnostic de fistule utéro-pariétale est chose aisée ; déjà soupçonné par la clinique, le diagnostic est affirmé par la radiologie après hystérographie et injection au Lipiodol fluide par le trajet fistuleux.

Il n'y a pas de traitement médical des fistules utéro-pariétales. Le seul traitement curatif est le traitement chirurgical.

En cas de lésion étendue l'hystérectomie subtotale peut s'imposer ; mais le plus souvent le traitement consiste en la résection complète du trajet fistuleux depuis la paroi abdominale jusqu'à son orifice interne.

Il est nécessaire d'isoler ensuite la suture utérine en créant une ouverture péritonéale satisfaisante : soit au dépens du péritoine vésico-utérin facilement décollable, soit en utilisant le péritoine de l'angle supéro-interne du ligament large qui, réuni à l'opposé, isole complètement la zone de suture.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANO. — « Sulle fistole genito abdominali ». La Rassegna d'Obstétrica 1930, pages 523-545.
- AUDEBERT. — « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique 1911 », « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique 1912 ».
- BALLIN (Max). — « Fistule menstruelle post-opératoire ». Surgery, gynecology, and obstetrio Avril 1928.
- BANSILLON RICARD BOUGET. — « Un cas d'adhérence anormale de l'utérus après césarienne segmentaire ». Bulletin Société Obstétrique et Gynéco. Mai 1938, pages 383-385.
- BENOIT. — « Thèse de Montpellier 1911-1912 ».
- BONNAIRE. — « Vingt opérations césariennes à l'Hôpital Lariboisière ». Presse Médicale 1907, page 16.
- BRADY. — « Fistule ute. Parietal ». Bulletin of school of University of Maryland 1930, page 73.
- BRAYNES. — « With notes on the treatment of fistulae ». The Bristih Medical Journal 3 Mai 1930.
- BRINDEAU. — « Opérations césariennes itératives ». L'Obstétrique 1909.
- BURTY. — « Un cas de fistule utéro-pariétale. Hystérectomie. Guérison ». Société des Chirurgiens de Paris. 20 Octobre 1911.
- CATTEL (R.-B.) - SWALL (E.-F.). — « Fistula following caesarean sectio case ». Surg. clin. north America. Juin 1945, pages 542-544.
- COCHARD. — « Fistules hémorragiques cataméniales ». Thèse Bordeaux 1913.
- DEVRAIGNE - BAUZET-MAYER (P.). — « Quatre cas de fistules utéro-pariétales consécutives à des opérations césariennes traitées chirurgicalement avec étude histologique ». Bulletin Société Obstétrique et Gynécologique n° 6 - 1930, pages 403-409.
- DOIERIS. — « Annales de gynécologie ». 1912, page 605.
- DROUIN. — « Considération sur un cas de fistule utérine survenue après une opération césarienne ». Société de Médecine et de Chirurgie de la Rochelle. Séance de Janvier 1934. In actualité médico-cirurgicale. N° 4. Avril 1934.
- DUVERGEY. — « Fistule hémorragique cataméniale ». Gazette hebdomadaire des sciences médicales. Janvier 1933.
- FABRE. — « Persistance des fils de soie dans l'utérus après césarienne ». Lyon Médical. Janvier 1907.

- FAVREAU et LAFARGUE. — « Fistule utéro-pariétale après césarienne ». Presse Médicale. 25 Janvier 1928, page 104.
- FRUHHINSHOLTZ. — « Adhérences utéro-pariétales ». Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Mars 1906.
- GERMAN. — « Endometrial adenomata in abdominal scar following caesarean sectio ». Surgery and Gyneco. and Obstet. 1928.
- GROSSE. — « Fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne, deuxième opération césarienne, hystérectomie. Bulletin Société Obstétrique et de Gynéco. de Paris. 1914, pages 276-280.
- HAMANT-BODART-CHIALNOT. — « Fistule utéro-pariétale ». Bulletin Société Obst. et Gynéco. 20 Mai 1931.
- HERGOTT. — « Considérations sur les sutures ». Annales de Gynécologie et Obstétrique. 1909.
- HOLLAND. — « Rupture of caesarean section scar in subsequent pregnancy or labor ». Lancet CX-CIX. 1920, page 591.
- HUREAU. — « Thèse de Montpellier ». 1919.
- JEANNENEY et LAPORTE. — « Un cas de fistule abdominale hémorragique cataméniale ». Journal de Médecine de Bordeaux. Mai 1932.
- JEANIN. — « L'Obstétrique », page 316. 1911. Presse Médicale. 1910, page 587.
- LAHITTE. — « Un cas de début d'accouchement spontané par voie abdominale ». Bulletin Médical de l'A.O.F. 1948.
- LAFARGUE. — « Fistule cataméniale pariétale après césarienne ». Gazette de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest. Gazette hebdomadaire des services médicaux n° 2. 3 Janvier 1933.
- LARNAUDIE. — « Thèse Toulouse 1908-1909 ».
- LEBASTEUR. — « Thèse Paris 1901 ».
- LE LORIER. — « L'Obstétrique 1911 ».
- LEON JUAN. — « Cesarea segmentaria iterada tardia, problema que suscita la presencia fuertes adherencias utéro-pariétales ». Semana médica 1938, pages 173-183. In Bulletin de la Société de Obstetricia y Ginecologia de Buenos-Aires. Juin 1935.
- LEPAGE. — « De l'opération césarienne tardive ». Annales de de gynéco et obstétrique 1910. Bulletin médical 1907, page 476.
- « Fistule utérine après césarienne ». Presse Médicale 1910.
- LEWIS G. MORRIS. — « Interventions conservatrices ». American Journal of obstetric and diseases of women. Décembre 1910.
- LOICQ. — « Fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne ». Bulletin Société Obst. et Gynéco. 1922.
- MALARTIC. — « Fistule hémorragique cataméniale ». Thèse Paris
- MALIPHANT. — « Fistule menstruelle ». The Lancet. 1937. 1935.
- MASSON et SIMON. — « Fistule utérine ». American Journal of obstetric and gynecology. Louis. Vol. XVI. Novembre 1908.

- MESAS CARLOS. — « Un cas de fistule menstruelle abdominale ». *Semana Medica* (Buenos-Aires) 1929. In revue de gyneco et obstetry 1930.
- NUVILLE. — « Thèse Toulouse 1910 - II ».
- PALMEA (M.-R.) et PULSFORD (J.). — « A propos un cas de fistule menstruelle ». *Bulletin Société obst. et gynécolo.* Janvier 1938. Société de Gynéco. de Paris. Séance II Janvier 1938.
- PAVALESCO (P.) et SOIMARU (Al.). — « Fistule utéro-pariétale consécutive à l'opération césarienne ». *Bulletin de gynéco.* de Bucarest. Séance de Janvier 1936. - In revue Française de gynéco. et obst. Décembre 1936.
- POITEAU et HOULNE. — « Sur deux cas de fistules utéro-pariétales après césarienne ». *Gynéco. et Obstétry.* T. 44. 1944-1945. - *Revue Française de gynéco. et obst.* Juin 1945.
- PRICE. — « Utéro-abdominale fistula following caesarean section ». *Kentucky M. j.* 25, pages 475-476. Septembre 1928.
- PUCCIONI. — « Fistule utéro-pariétale ». *Rivisto Italiano di ginecologia* 1924. Page 107.
- RAHARI. — « Contribution à l'étude des fistules menstruelles ». Thèse Paris 1938.
- RAVINA. — « Des dangers de la césarienne conservatrice dans les infections amniotiques ». *Médecine* Avril 1931.
- RIVIÈRE - CHASTRUSSE - SOUMIREU. — « Adhérences utéro-pariétales post-césarienne ». Société obst. de Bordeaux. - In *Bulletin des gynéco. et obst.* 1949.
- TISSIER. — « Un cas de fistule menstruelle ». *Bulletin Société obst. et gynéco.* 1931.
- TORTORA et SAUVITALE. — « Fistula utéro-abdominale con mestruazione abdominale a distanza di 16 anni da intervento laparotomico ». *La Rassegna d'obsttrica e ginecologia.* Mars 1930.
- VAN LEEUWEN. — « Herhaalde sectio caesarea ». Thèse Utrecht 1904. - *Annales gynéco. et obst.* 1904.
- VAYSSIÈRE - H. SERMENT - G. DETRMENY. — « Un cas de fistule utéro-pariétale après césarienne ». Société obst. et gynéco. de Marseille. Séance du 27 janvier 1931. In *Bulletin des Stés de gyneco. et obst.* n° 2. 1931.
- VERMELIN et LOURJOT. — « Cure de fistule utéro-pariétale après césarienne ». Stés obst. et gynéco. de Nancy. Séance du 30 Mai 1951. - In *Bulletin Fédéral des Sociétés de Gynéco. et Obst.* n° 3. 1931.
- VILA. — « Un cas de fistule menstruelle ». *Bulletin Société obst. et gynéco.* 1931.
- WILLIAMS. — « Grossesse abdominale survenue comme conséquence d'une fistule utéro-pariétale consécutive à une opération césarienne ». *American Journal of Obstetric and Gyneco.* Chicago 1926.

ZOCCHI. — « Sul taglio caesarea ripetuto, considerationi sulle adherence post-opératoire in rapporta alla technica adottata in precedenza ». Gynecologia Juin 1937.
présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille.

OBS.	Nature de la césarienne				Matériel de suture		Dates d'apparition			Complications	Traitement chirurgical	
	haute	basse	unique	utérine	résor- bale	non résor- bale	immédiat	pré- coce	tardif		conser- vateur	mutilant
1	+		+	+		+			+		+	
2			+			+			+		+	
3	-		-			+			+			
4	-			-		+			+			
5	-			+		+			+			
6	+		+			+			+			
7			+			+			-		+	
8					-				+			
9	-		+							rupture utérine		
10	-		-									
11						+						
12	-		-				+					
13	-						+					
14	+		+			+		+		avortement au 8 ^e mois		

[illegible]

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

